

Artículo científico

Revista de la Universidad Industrial de Santander.
Salud Vol.45 No.3 septiembre-diciembre de 2013

Conocimientos de los médicos sobre enfermedad periodontal y su relación con complicaciones en el embarazo

Physicians' and obstetricians' knowledge regarding periodontal disease and adverse pregnancy outcomes

Martha Juliana Rodríguez¹, Lofthy Piedad Mejía², Eliana Yolanda Peñaloza³,
Juliana Urueña⁴

Forma de citar: Rodríguez MJ, Mejía LP, Peñaloza EY, Urueña J. Conocimientos de los médicos sobre enfermedad periodontal y su relación con complicaciones en el embarazo. rev.univ.ind.santander.salud 2013; 45 (3): 25 - 34

RESUMEN

Introducción: Estudios recientes han vinculado a las enfermedades bucales con condiciones sistémicas. Específicamente, la enfermedad periodontal se ha relacionado con parto pretérmino, bajo peso al nacer y preeclampsia. **Objetivo:** Evaluar los conocimientos y las prácticas de los médicos generales y ginecobstetras sobre la enfermedad periodontal y su relación con complicaciones del embarazo. **Metodología:** Se realizó un estudio de corte transversal en una muestra de 139 médicos generales y 24 ginecobstetras. Se aplicó un cuestionario de autoreporte, se calcularon frecuencias y proporciones para las variables cualitativas, promedios y desviaciones estándar para las cuantitativas. Para establecer las diferencias entre los grupos se realizó la prueba de Chi cuadrado, el test exacto de Fisher, la prueba t de Student y la U. de Mann Whitney según la naturaleza y distribución de las variables. **Resultados:** El 66,9% (93) de los médicos generales y el 75,0% (18) de los ginecobstetras consideraron que la enfermedad periodontal podría ser un factor de riesgo para la salud de la madre y su hijo. Así mismo, el 30,7% (42) de los médicos generales y el 45,8% (11) de los ginecobstetras relacionaron a la enfermedad periodontal con el parto pretérmino, bajo peso al nacer y preeclampsia. A pesar de estos hallazgos, sólo el 77,4% (106) de los médicos y el 54,2% (13) de los ginecobstetras “siempre” remitían a la gestante a consulta odontológica. **Conclusión:** Aunque los participantes tenían conocimientos sobre los tópicos evaluados, hace falta una mayor aplicación de los mismos para asegurar el bienestar del binomio madre e hijo.

Palabras clave: Periodontitis, Medicina, Embarazo.

1. Candidata a Magíster en Epidemiología U. Industrial de Santander, Docente Universidad Santo Tomás.

2. Especialista en Odontología Pediátrica U. El Bosque, Docente Universidad Santo Tomás.

3. Odontóloga Universidad Santo Tomás, Bucaramanga.

4. Especialista en gerencia y auditoría en calidad. U. Jorge Tadeo Lozano, Odontóloga Universidad Santo Tomás.

Correspondencia: Martha Juliana Rodríguez G. **Dirección:** carrera 21 No. 36 – 83 apto. 903 Torre II, Cañaveral (Floridablanca).
E-mail: marthajuro@yahoo.com. Autor responsable de correspondencia.

Recibido: Abril 20 de 2013 **Aprobado:** Noviembre 1 de 2013

ABSTRACT

Introduction: Recent studies have related oral diseases with systemic conditions. Specifically, periodontal disease has been associated with preterm birth, low birth weight and preeclampsia. **Objective:** To assess the physicians' and obstetricians' knowledge and practice behaviors regarding periodontal disease and its role in adverse pregnancy outcomes. **Methods:** A cross sectional study was done. The sample included 139 physicians and 24 obstetricians from the city of Bucaramanga and its metropolitan area, some cities of Santander and Norte de Santander. We used a self-report questionnaire and the population was described according to the nature of the variables, frequencies and proportions for categorical variables, means and standard deviations for quantitative variables. To establish the differences between general practitioners and obstetricians we applied chi-square test, Fisher exact test, Student's t test and the U. Mann Whitney according to the nature and distribution of variables. It was considered a value of $p \leq 0.05$ as statistically significant. **Results:** Physicians and obstetricians definitely felt that periodontal disease may be a risk factor for the health of mother and child, in 66.9% (93) for general practitioners and 75.0% (18) for obstetricians. Similarly, 30.7% (42) of general practitioners and 45.8% (11) of obstetricians related periodontal disease with preterm delivery, low birth weight and preeclampsia. Despite these findings, only 77.4% (106) and 54.2% (13) "always" refer the mother to dental practice. **Conclusions:** Although participants had knowledge about the topics evaluated, they required a more detailed application of the same to ensure the welfare of mother and child.

Keywords: Periodontal disease, Knowledge, Physicians, Pregnancy.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad periodontal es una patología de etiología multifactorial que afecta al tejido de soporte del diente (encía, cemento y hueso)¹. La forma más leve de enfermedad periodontal se define como gingivitis y la más severa como periodontitis^{1,2}. Esta última es una entidad irreversible, resultado de una compleja relación entre la infección bacteriana causada por diversos microorganismos (*Phorhyromonas gingivalis*, *Actinobacillus actinomycetemcomitans*, *Treponema denticola*, entre otros) y la respuesta del huésped asociada con su estilo de vida y comportamiento tales como: hábitos de higiene oral, actividad física, consumo de cigarrillo y alcohol^{1,2}.

Existe evidencia que tanto los estrógenos como la progesterona tienen un efecto importante sobre el tejido periodontal debido a que éste presenta receptores para dichas hormonas. En el embarazo, su nivel plasmático se incrementa³, por lo que se presentan cambios vasculares, celulares, microbiológicos e inmunológicos en el tejido periodontal que exageran la respuesta a los irritantes locales y favorecen el progreso de la enfermedad periodontal durante la gestación⁴⁻⁶.

A partir de 1996, se ha estudiado la asociación entre la enfermedad periodontal y las complicaciones en el embarazo (parto pretérmino, bajo peso al nacer, preeclampsia) que ocasionan trastornos emocionales, psicológicos y financieros tanto para las familias

como para el Estado⁷⁻¹³. Offenbacher y colaboradores reportaron una fuerte asociación entre la enfermedad periodontal y el bajo peso al nacer (ORa 7,5 IC 95%: 1,95 - 28,8). Sin embargo, otros estudios no han encontrado asociación alguna^{10,13}. Aunque aún no hay certeza sobre los beneficios de la terapia periodontal en relación con complicaciones en el embarazo, médicos y odontólogos coinciden en que es necesario realizar una evaluación diagnóstica durante los primeros meses de gestación¹⁴.

La Norma Técnica para la Detección Temprana de Alteraciones del Embarazo (Resolución 412 del 2000) en Colombia, establece que las gestantes afiliadas a los regímenes contributivo y subsidiado deben cumplir ciertas actividades entre las que se encuentra la remisión a consulta odontológica general para "valorar el estado del aparato estomatognático, controlar factores de riesgo para enfermedad periodontal y caries, así como para fortalecer prácticas de higiene oral adecuadas."¹⁵. Si bien esta norma es de estricto cumplimiento, en un estudio realizado en 16 Empresas Promotoras de Salud (EPS) de Bucaramanga, se encontró que no se ejecutaban tratamientos odontológicos integrales a las gestantes, lo que reflejó que un 33% de las mujeres presentarían periodontitis incipiente, 47% periodontitis moderada y 6% periodontitis severa¹⁶.

Por tal motivo, es necesario que el médico tenga conocimientos sobre la importancia de hacer un diagnóstico oportuno de la salud bucal de la gestante y haga la remisión de ésta a la consulta odontológica.

Wilder y colaboradores encontraron que 49% de los obstetras estadounidenses “*raramente o nunca*” recomendaban el examen bucal a la gestante aunque el 84% conocía que la enfermedad periodontal podía ser un factor de riesgo para que ocurrieran complicaciones en el embarazo ¹⁷. En Brasil, Zanata y colaboradores evaluaron los conocimientos de 79 obstetras sobre salud bucal en la gestante y observaron que 34,2% no conocía sobre los estudios que asociaban la presencia de enfermedad periodontal con el parto pretérmino ¹⁸.

De otro lado, Duque y colaboradores evaluaron los conocimientos y actitudes de los médicos colombianos en relación con la enfermedad periodontal y algunas patologías sistémicas; encontraron que el 43,5% de los ginecobstetras y el 32% de los pediatras evaluados aceptaron “*la plausibilidad biológica de la relación periodontitis y el nacimiento prematuro y de bajo peso al nacer*” ¹⁹. Sin embargo, este estudio no hace énfasis en la condición bucal de la gestante y su relación con complicaciones en el embarazo. Por lo tanto, el objetivo de este trabajo fue evaluar los conocimientos y prácticas de los médicos generales y ginecobstetras sobre la relación entre la enfermedad periodontal y las complicaciones del embarazo (parto pretérmino, bajo peso al nacer y preeclampsia).

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de corte transversal. La población de estudio la constituyeron 171 médicos generales y 59 médicos ginecobstetras vinculados con la Asociación Santandereana de Obstetricia y Ginecología. Para el cálculo del tamaño de muestra se tuvo en cuenta un nivel de confianza del 95%, una proporción de aciertos del 50% y un efecto del diseño de 1²⁰. De tal forma, se obtuvo un tamaño de muestra de 119 médicos generales y 52 ginecobstetras.

Los médicos de la ciudad de Bucaramanga y su área metropolitana se seleccionaron por conveniencia a partir de la guía telefónica. Los médicos participantes que laboraban en los municipios de Santander y Norte de Santander se escogieron de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) que tenían convenio interinstitucional con la Universidad Santo Tomás. Se incluyeron médicos en ejercicio activo que atendieran en su consulta a mujeres en embarazo.

La variable de salida fue el conocimiento que los médicos (generales y ginecobstetras) tuvieran sobre la salud bucal en el embarazo y la relación entre

la enfermedad periodontal y el riesgo de presentar complicaciones como parto pretérmino y bajo peso al nacer. Como variables explicatorias se tuvieron en cuenta las sociodemográficas, actitud hacia el cuidado de la salud bucal de la gestante, conocimientos generales en salud bucal, percepción de su nivel de conocimiento en salud bucal y capacitación recibida en salud bucal.

Se elaboró un cuestionario con treinta preguntas que contenía las siguientes secciones:

1. Once preguntas referentes a los datos personales.
2. Cinco preguntas respecto a las prácticas relacionadas con el cuidado bucal de la gestante.
3. Diez preguntas sobre conocimientos de salud bucal en la mujer en embarazo.
4. Cuatro preguntas relacionadas con la percepción de su nivel de conocimiento sobre salud bucal de la gestante.

Para el diseño del cuestionario se tuvieron en cuenta algunas preguntas realizadas en otros estudios relacionados con el tema ^{17,18,21,22}. Se incluyeron preguntas abiertas, de selección múltiple, algunas solicitaban al participante señalar todas las opciones que considerara aplicables o escoger entre *si* y *no*. Este cuestionario fue diligenciado por los médicos generales y ginecobstetras.

En la prueba piloto se verificó la comprensión de las preguntas, se estimó el tiempo de diligenciamiento que tomó entre ocho a diez minutos y se estandarizaron los procedimientos. Posteriormente, se explicó el objetivo a los médicos participantes, se entregaron los consentimientos informados y los cuestionarios para su autodiligenciamiento. En algunas ocasiones, se esperó a que el médico terminara de completar todas las respuestas y en otras fue necesario volver al siguiente día para recoger el cuestionario debido a que generalmente, el médico se encontraba en consulta.

Los datos obtenidos fueron sometidos a doble digitalización en Excel 2007 y su validación se realizó mediante Epi-Info v3.5.1. La base totalmente depurada fue analizada en Stata v8.0 para la obtención de los resultados ²³⁻²⁵.

Para el análisis univariado se calcularon frecuencias y proporciones para las variables cualitativas; promedios y desviaciones estándar para las variables cuantitativas. Para establecer las diferencias entre médicos generales y ginecobstetras se aplicó la prueba de Chi ², el test exacto de Fisher, la prueba *t* de Student o U de Mann

Whitney según la naturaleza y la distribución de las variables ²⁶. Se consideró como significativo un valor de $p \leq 0,05$.

La presente investigación se acogió a la reglamentación establecida por la Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud. De acuerdo con el artículo 11, esta fue una investigación sin riesgo ya que se emplearon técnicas y métodos sin ninguna intervención que modificaran las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participaron en el estudio ²⁷.

RESULTADOS

En total se recolectaron 163 cuestionarios, de los cuales 85,3% (139) fueron diligenciados por médicos generales y 14,7% (24) por médicos ginecobstetras. La proporción

de no respuesta fue de 53,8% en el grupo de médicos ginecobstetras.

El promedio de edad de la totalidad de los participantes si se tiene en cuenta que tres médicos generales no respondieron a este ítem fue de $33,0 \pm 11,0$ años. Los médicos ginecobstetras presentaron un promedio de edad mayor ($48,6 \pm 9,7$) en relación con los médicos generales ($30,2 \pm 8,7$) ($p=0,000$).

En el grupo de médicos generales se destacó una mayor participación del sexo femenino y más de la mitad egresó de pregrado de una universidad pública. El grupo de médicos ginecobstetras estuvo constituido en su mayoría por hombres, egresados de pregrado de una universidad privada en un 75,0% (18) y de posgrado de una universidad pública en un 79,2% (19). El 16,7% (4) de éstos había cursado alguna subespecialización (**Tabla 1**).

Tabla 1. Características sociodemográficas de los médicos generales y ginecobstetras participantes.

Variable	Global n (%)	General n (%)	Ginecobstetra n (%)	p
Sexo				
Femenino	79 (48,5)	75 (54,0)	4 (16,7)	0,001*
Masculino	84 (51,5)	64 (46,0)	20 (83,3)	
Nivel de escolaridad				
Pregrado (medicina)	131 (80,4)	131 (94,3)	--	0,000*
Especialización	26 (16,0)	6 (4,3)	20 (83,3)	
Maestría	1 (0,6)	1 (0,7)	--	
Subespecialización	5 (3,1)	1 (0,7)	4 (16,7)	
Egresado de pregrado				
Universidad pública	78 (47,9)	72 (51,8)	6 (25,0)	0,015**
Universidad privada	85 (52,1)	67 (48,2)	18 (75,0)	
Egresado de posgrado				
Universidad pública	20 (12,3)	1 (0,7)	19 (79,2)	0,000*
Universidad privada	12 (7,4)	7 (5,1)	5 (20,8)	
No tiene posgrado	131 (80,4)	131 (94,2)	--	

$n = 163$. *Test exacto de Fisher

**Prueba Chi²

En la **Tabla 2** se observa la situación laboral de los participantes. Se encontró que el 61,7% (100) de los profesionales evaluados laboraba en instituciones públicas y en menor proporción como docentes en universidades (8,0%). El 29,2% (7) de los ginecobstetras tenía a su cargo estudiantes de pre y

posgrado. Igualmente, la práctica privada era ejercida por 60,9% (14) de los ginecobstetras en contraste con el 5,8% (8) de los médicos generales. En relación con el lugar donde laboraban, sobresale que el 67,9% (108) de los médicos participantes trabajaba en Bucaramanga y su área metropolitana.

Tabla 2. Situación laboral de los médicos generales y ginecobstetras participantes.

Variable	Global n (%)	General n (%)	Ginecobstetra n (%)	p
Labora en (n = 162)				
Institución pública	100 (61,7)	86 (61,9)	14 (60,9)	0,927**
Institución privada	71 (43,8)	57 (41,0)	14 (60,9)	0,075**
Práctica privada	22 (13,6)	8 (5,8)	14 (60,9)	0,000**
Universidad como docente	13 (8,0)	1 (0,7)	12 (52,2)	0,000*
Estudiantes a cargo como docente (n = 14)				
Pregrado	4 (2,5)	--	4 (16,7)	
Postgrado	2 (1,2)	--	2 (8,3)	
Ambos	8 (4,9)	1 (0,7)	7 (29,2)	
Lugar donde labora (n = 159)				
B/manga y área metropolitana	108 (67,9)	84 (62,2)	24 (100)	0,000**
Municipios de Santander	33 (20,7)	33 (24,4)	--	
Municipios de Norte de Santander	18 (11,3)	18 (13,3)	--	

*Test exacto de Fisher

**Prueba Chi²

En relación con las prácticas en el cuidado bucal de la gestante realizadas por los participantes, se observó que el 77,4% (106) de los médicos generales “*siempre*” remitía a la gestante a consulta odontológica mientras que el 54,2% (13) de los ginecobstetras “*siempre*” lo hacía (p=0,046). Tanto el médico general como el ginecobstetra reportaron que esta remisión la realizaban

principalmente durante el primer trimestre del embarazo (p=0,037). En cuanto a la revisión de la cavidad bucal de las pacientes, el 42,8% (59) de los médicos generales manifestó que “*siempre*” la hacía mientras que el 41,7% (10) de los ginecobstetras “*rara vez*” hacía esta revisión (p=0,130) (**Tabla 3**).

Tabla 3. Prácticas relacionadas con el cuidado de la salud bucal de la gestante por parte de los médicos generales y ginecobstetras participantes.

Variable	Global n (%)	General n (%)	Ginecobstetra n (%)	p
Remite a la gestante a consulta odontológica (n = 161)				0,046*
Siempre	119 (73,9)	106 (77,4)	13 (54,2)	
Algunas veces	33 (20,5)	24 (17,5)	9 (37,5)	
Rara vez	7 (4,4)	6 (4,4)	1 (4,2)	
Nunca	2 (1,2)	1 (0,7)	1 (4,2)	
Tiempo de embarazo en que se remite a consulta odontológica (n = 162)				0,037*
Primer trimestre	152 (93,8)	133 (95,7)	19 (82,6)	
Segundo trimestre	10 (6,2)	6 (4,3)	4 (17,4)	
Revisa la cavidad bucal de su paciente (n = 162)				0,130*
Siempre	65 (40,1)	59 (42,8)	6 (25,0)	
Algunas veces	53 (32,7)	45 (32,6)	8 (33,3)	
Rara vez	39 (24,1)	29 (21,0)	10 (41,7)	
Nunca	5 (3,1)	5 (3,6)	--	
Da recomendaciones sobre el cuidado de la salud bucal (n = 163)				0,928**
Si	116 (71,6)	99 (71,7)	17 (70,8)	
No	46 (28,4)	39 (28,3)	7 (29,2)	

*Test exacto de Fisher

**Prueba Chi²

En relación con la presencia de inflamación gingival, el 48,2% (67) de los médicos generales respondió que “probablemente, la inflamación gingival empeora durante la gestación” mientras que el 58,3% (14) de los ginecobstetras contestó que “definitivamente, esta

situación ocurre” ($p=0,014$). Por último, en la pregunta sobre qué tan cierto es que la enfermedad periodontal puede ser un factor de riesgo para la salud de la mujer y su bebé, el 68,1% (111) de los participantes respondió que “definitivamente, esta situación ocurre” (Tabla 4).

Tabla 4. Conocimientos de salud bucal en la mujer en embarazo por parte de los médicos generales y ginecobstetras participantes.

Variable	Global n (%)	General n (%)	Ginecobstetra n (%)	p
El sangrado del tejido gingival empeora durante la gestación				0,159
Definitivamente, esta situación ocurre	40 (24,5)	30 (21,6)	10 (41,7)	
Probablemente, esta situación puede ocurrir	75 (46,0)	65 (46,8)	10 (41,7)	
No estoy seguro	35 (21,5)	33 (23,7)	2 (8,3)	
Probablemente, esta situación no ocurre	5 (3,1)	4 (2,9)	1 (4,2)	
Definitivamente, esta situación no ocurre	8 (4,9)	7 (5,0)	1 (4,2)	
La inflamación gingival empeora durante la gestación				0,014
Definitivamente, esta situación ocurre	51 (31,3)	37 (26,6)	14 (58,3)	
Probablemente, esta situación puede ocurrir	77 (47,2)	67 (48,2)	10 (41,7)	
No estoy seguro	25 (15,3)	25 (18,0)	--	
Probablemente, esta situación no ocurre	5 (3,1)	5 (3,6)	--	
Definitivamente, esta situación no ocurre	5 (3,1)	5 (3,6)	--	
La enfermedad periodontal puede ser un factor de riesgo para la salud de la mujer y su bebé				0,713
Definitivamente, esta situación ocurre	111 (68,1)	93 (66,9)	18 (75,0)	
Probablemente, esta situación puede ocurrir	34 (20,9)	28 (20,1)	6 (25,0)	
No estoy seguro	9 (5,5)	9 (6,5)	--	
Probablemente, esta situación no ocurre	4 (2,5)	4 (2,9)	--	
Definitivamente, esta situación no ocurre	5 (3,1)	5 (3,6)	--	

$n = 163$. Test exacto de Fisher

Sobre la definición de enfermedad periodontal, se encontró que el 71,3% (114) de los participantes señaló que la enfermedad periodontal se refiere a “una patología infecciosa multifactorial que compromete las estructuras de soporte de los dientes”. Se observó que el 40,9% (56) de los médicos generales consideraron que la enfermedad periodontal podría ser un factor de riesgo para parto pretérmino mientras que el 45,8% (11) de los ginecobstetras reportó que ésta podría ser un factor de riesgo para parto pretérmino, bajo peso al nacer y preeclampsia. El 14,6% (20) de los médicos generales no considera esta entidad como factor de riesgo para los eventos mencionados ($p=0,179$) (Tabla 5).

Para el 87,8% (122) de los médicos generales es “seguro realizar el tratamiento para la enfermedad

periodontal durante el embarazo”. La totalidad de los ginecobstetras participantes consideraron lo mismo ($p=0,261$). En cuanto a la autopercepción de sus conocimientos sobre enfermedad periodontal y sus implicaciones durante el embarazo, el 60,1% (98) de los participantes los consideró regulares. Así mismo, el 97,8% (136) de los médicos generales respondió que requiere mayor capacitación acerca de salud bucal en la gestante y el 75% (18) de los ginecobstetras también lo reportó así ($p=0,000$) (Tabla 5).

En relación con la última modificación de la resolución 412 de 2000 para la detección temprana de alteraciones en el embarazo, el 66,0% (91) de los médicos generales y la mitad de los ginecobstetras la conoce ($p=0,134$) (Tabla 5).

Tabla 5. Conocimientos y autopercepción sobre la salud bucal en la gestante por parte de los médicos generales y ginecobstetras participantes.

Variable	Global n (%)	General n (%)	Ginecobstetra n (%)	p
La enfermedad periodontal se refiere a				0,251*
Un proceso inflamatorio reversible de la encía	32 (20,0)	25 (18,3)	7 (30,4)	
Una patología infecciosa multifactorial que compromete las estructuras de soporte de los dientes	114 (71,3)	99 (72,3)	15 (65,2)	
Un dolor intenso prolongado de la encía	10 (6,3)	10 (7,3)	--	
No conoce bien su definición	4 (2,5)	3 (2,2)	1 (4,4)	
La enfermedad periodontal podría ser un factor de riesgo para				
Parto pretérmino	65 (40,4)	56 (40,9)	9 (37,5)	0,179*
Bajo peso al nacer	12 (7,5)	10 (7,3)	2 (8,3)	
Preclampsia	11 (6,8)	9 (6,6)	2 (8,3)	
Todas las anteriores	53 (32,9)	42 (30,7)	11 (45,8)	
No lo considera	20 (12,4)	20 (14,6)	--	
Es seguro realizar el tratamiento de la enfermedad periodontal durante el embarazo				
Si	146 (89,6)	122 (87,8)	24 (100)	0,261*
No	6 (3,7)	6 (4,3)	--	
No tiene conocimiento	11 (6,8)	11 (7,9)	--	
Percepción de sus conocimientos sobre enfermedad periodontal y sus implicaciones en el embarazo				
Buenos	48 (29,5)	38 (27,3)	10 (41,7)	0,301*
Regulares	98 (60,1)	85 (61,2)	13 (54,2)	
Malos	17 (10,4)	16 (11,5)	1 (4,1)	
Requiere mayor capacitación acerca de salud bucal en la gestante				
Si	154 (94,5)	136 (97,8)	18 (75,0)	0,000*
No	9 (5,5)	3 (2,2)	6 (25,0)	
Tiene conocimiento sobre la Norma 412 de 2000				
Si	103 (63,6)	91 (66,0)	12 (50,0)	0,134**
No	59 (36,4)	47 (34,0)	12 (50,0)	

n = 163. *Test exacto de Fisher ** Prueba Chi²

DISCUSIÓN

Este estudio evidenció que más de la mitad de los participantes conocían la definición de enfermedad periodontal y reportaron que “*puede ser un factor de riesgo para la salud de la mujer y su bebé*”. Sin embargo, cuando se indagó sobre las posibles complicaciones con las que se ha asociado (parto pretérmino, bajo peso al nacer y preclampsia) sólo el 30,7% (42) de los médicos generales y el 45,8% (11) de los ginecobstetras respondieron afirmativamente a

las tres opciones. Adicionalmente, es interesante anotar que más del 80% de los médicos generales y la totalidad de los ginecobstetras consideraron “*seguro realizar el tratamiento de la enfermedad periodontal durante el embarazo*”.

Aunque la terapia periodontal es necesaria para mejorar la salud bucal, el Plan Obligatorio de Salud (POS) en Colombia, sólo incluye el diagnóstico, el control y la remoción de la placa bacteriana, y el detartraje supragingival realizado por una persona no

especializada en el manejo de la entidad²⁸. Además, los resultados de los estudios sobre qué tanto el tratamiento periodontal influye en las complicaciones del embarazo (parto pretérmino, bajo peso al nacer, preeclampsia) son controvertidos. Polyzos y colaboradores realizaron un meta-análisis para determinar el efecto del tratamiento periodontal (detartraje y/o alisado radicular) durante el embarazo sobre la incidencia de parto pretérmino y bajo peso al nacer; encontraron una reducción significativa del parto pretérmino y una posible disminución de bebés con bajo peso al nacer.²⁹ Por otro lado, Macones y colaboradores (2010) realizaron un ensayo clínico controlado aleatorizado multicéntrico y encontraron que el tratamiento activo (detartraje y alisado radicular) no reducía el riesgo de bajo peso al nacer (< 2500 gramos al nacer) (RR 1,19 IC 95% 0,62 - 2,28)³⁰. Al parecer el hecho de evaluar gestantes de un sólo centro o de varios lugares y de no establecer una única definición para la enfermedad periodontal pudo haber originado la diferencia en los resultados de los estudios.

Si bien la norma técnica para la Detección Temprana de Alteraciones del Embarazo (Resolución 412 de 2000) contempla la atención odontológica de la gestante, únicamente el 77,4% (106) de los médicos generales y el 54,2% (13) de los ginecobstetras “*siempre*” remitían a la mujer en embarazo a consulta con el odontólogo ($p=0,046$). Esta situación podría explicarse si se observa que el 34,0% (47) de los médicos generales y la mitad de los ginecobstetras reportaron no conocer la norma. Sin embargo, es importante recalcar que así no tengan este conocimiento es indispensable que la gestante asista al servicio odontológico, especialmente durante el primer trimestre del embarazo³¹⁻³³. De esta manera, se podría educar en hábitos saludables, diagnosticar tempranamente aquellas condiciones de riesgo para la evolución del embarazo y prevenir posibles complicaciones, actividades contempladas dentro del control prenatal^{34,35}.

Estas respuestas podrían indicar la falta de aplicación de los conocimientos que tienen los médicos generales y los ginecobstetras sobre la importancia de la salud bucal en la gestante. Dicha situación ha sido reportada por otros autores que también observaron que los médicos y ginecobstetras no siempre hacen la remisión de la gestante a consulta odontológica pese a sus conocimientos sobre la posible asociación entre la enfermedad periodontal y complicaciones en el embarazo^{17, 22}. Zanata y colaboradores encontraron que el 65,8% (52) de los obstetras evaluados reportaron que eran conscientes de esta probable asociación pero sólo el 36,7% (29) remitía a la gestante al odontólogo

de forma rutinaria¹⁸. Por su parte, Menolli y Frossard observaron que dicha remisión sólo se hacía si la paciente lo solicitaba³⁶. En Jordania, Habashneh y colaboradores reportaron que el 88,8% (175) de los médicos sugerían a sus pacientes en estado de embarazo visitar el odontólogo cuando hubiesen dado a luz²¹.

En este sentido es importante mencionar que en Colombia, los ginecobstetras vinculados con instituciones públicas no tienen un contacto rutinario con la gestante durante su control prenatal. La Resolución 412 de 2000 aclara que la primera consulta prenatal es realizada por medicina general y en ella se hace la remisión a consulta odontológica general como parte de la ruta de atención a la materna¹⁵.

En este estudio, se encontró que el 48,2% (47) de los médicos generales contestaron que “*probablemente, la inflamación gingival empeora durante la gestación*” mientras que el 58,3% (14) de los ginecobstetras respondieron que “*definitivamente, esta situación ocurre*” lo cual es cierto, observándose una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos ($p=0,014$). El aumento en el sangrado se ha atribuido a muchos factores como a un incremento de las hormonas femeninas en el plasma, alteraciones en la composición de la placa bacteriana, presencia de *Prevotella intermedia* y cambios en la respuesta inmune de la mujer en estado de gestación³⁷. Riveros y Rodríguez evaluaron cuarenta gestantes vinculadas con una EPS en Bucaramanga y encontraron que 52,5% presentaban cálculos, 32,5% bolsas y 15% sangrado al sondaje; ninguna de las mujeres evaluadas se encontró libre de enfermedad periodontal³⁸. Por estos motivos, la remisión de la paciente en embarazo a consulta odontológica se hace aún más relevante.

Otro de los hallazgos importantes es el interés en obtener más capacitación acerca de la salud bucal de la gestante en el 97,8% (136) de los médicos generales y en el 75,0% (18) de los ginecobstetras ($p=0,000$). Varios autores han sugerido la necesidad de implementar una cátedra sobre “*medicina periodontal*” debido a la contribución de la enfermedad periodontal en la morbi-mortalidad de las personas con diabetes mellitus e infarto del miocardio, entre otros^{17,39}. Es así como algunas facultades de odontología han incluido estos tópicos en su currículo y proporcionan cursos sobre el tema en otros programas; Wilder y colaboradores encontraron que el 16% (7) de las facultades evaluadas en Estados Unidos y Canadá preparan a higienistas dentales, enfermeras y médicos en las posibles repercusiones sistémicas que puede ocasionar la enfermedad periodontal⁴⁰.

Entre las limitaciones del estudio se puede considerar el no haber realizado la validación del instrumento de medición y la baja respuesta del grupo de médicos ginecobstetras. Aunque fue un cuestionario de autoreporte, sólo el 6,8% (4) de los participantes reportó alguna dificultad en su diligenciamiento lo que reflejó que las preguntas fueron comprendidas. Una de sus fortalezas fue evaluar médicos que laboran en lugares diferentes a Bucaramanga y su área metropolitana y que son los responsables de llevar a cabo el control prenatal de las mujeres en diferentes poblaciones de Santander y Norte de Santander.

En general, con este estudio se mostró que los médicos generales y ginecobstetras no son indiferentes a la necesidad de mantener una cavidad bucal sana en las mujeres en embarazo. Además, la mayor parte de las personas evaluadas reconocieron la relación que puede existir entre la enfermedad periodontal y alguna de las complicaciones del embarazo mencionadas. Esta situación hace indispensable fomentar la información sobre el tema y crear vínculos entre las diferentes disciplinas que atienden a la gestante para establecer estrategias de mejoramiento de su salud bucal en procura del bienestar de la mujer y de su bebé.

CONFLICTO DE INTERESES

Las autoras manifestamos que no existe ningún conflicto de intereses.

REFERENCIAS

- Pihlstrom BL, Michalowics BS, Johnson NW. Periodontal diseases. *Lancet*. 2005; 366: 1809 - 1820.
- Merchant AT, Pitiphat W. Researching periodontitis: challenges and opportunities. *J Clin Periodontol*. 2007; 34: 1007 - 1015.
- Mealey BL, Moritz AJ. Hormonal influences: effects of diabetes mellitus and endogenous female sex steroid hormones on the periodontium. *Periodontology* 2000. 2003; 32: 59 - 81.
- Kornman KS, Loesche WJ. Effects of estradiol and progesterone on *Bacteroides melaninogenicus* and *Bacteroides gingivalis*. *Infect Immun*. 1982; 35: 256 - 263.
- Leiff S, Bogges, KA, Murtha AP, Jared H, Madianos PN, Moss K et al. The oral condition and pregnancy study: periodontal status of a cohort of pregnant women. *J Periodontol*. 2004; 75: 116 - 126.
- Armitage GC. Bi-directional relationship between pregnancy and periodontal disease. *Periodontology* 2000. 2013; 61: 160 - 176.
- Offenbacher S, Katz V, Fertik G, Collins J, Boyd D, Maynor G et al. Periodontal infection as a possible risk factor for preterm low birth weight. *J Periodontol*. 1996; 67: 1103 - 1113.
- Lopez NJ, Smith PC, Gutierrez J. Higher risk of preterm birth and low birth weight in women with periodontal disease. *J Dent Res*. 2002; 81: 58 - 63.
- Siqueira FM, Cota LO, Costa JE, Haddad JP, Lana AM, Costa FO. Intrauterine growth restriction, low birth weight and preterm birth: adverse pregnancy outcomes and their association with maternal periodontitis. *J Periodontol*. 2007; 78: 2266 - 2276.
- Mendez CE, Beltran MA, Concha SC, Camacho PA. Relación entre enfermedad periodontal y parto pretérmino en el servicio de sala de partos del Hospital Universitario de Santander (HUS) [Trabajo de Grado]. Bucaramanga: Universidad Industrial de Santander; 2008.
- Agueda A, Ramon JM, Manau C, Guerrero A, Echeverría JJ. Periodontal disease as a risk factor for adverse pregnancy outcomes: a prospective cohort study. *J Clin Periodontol*. 2008; 35: 36 - 22.
- Contreras A, Herrera JA, Soto JE, Arse RM, Jaramillo A, Botero JE. Periodontitis is associated with preeclampsia in pregnant women. *J Periodontol*. 2006; 77: 182 - 188.
- Davenport ES, Williams CE, Sterne JAC, Murad S, Sivapathasundram V, Curtis MA. Maternal periodontal disease and preterm low birth weight: case - control study. *J Dent Res*. 2002; 81: 313 - 318.
- Trafford KE, Shellhaas C, Hade EM. Provider and patient perceptions about dental care during pregnancy. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2008; 21: 63 - 71.
- Ministerio de Salud. Resolución 000412 de 2000. Norma Técnica para la Detección Temprana de las Alteraciones del Embarazo [en línea] Bogotá [fecha de acceso: diciembre de 2012] URL disponible en: <http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/capacitaciones/hc/08>.
- Chacón AF, Gutiérrez ZA, Montañez J, Pieschacón MP, Camargo DM. Factores asociados a caries y enfermedad periodontal en mujeres gestantes, Bucaramanga 2001. *Ustasalud*. 2002; 1: 33 - 39.
- Wilder R, Robinson C, Jared HL, Lieff S, Bogges, KA. Obstetricians' knowledge and practice behaviors concerning periodontal health and preterm delivery and low birth weight. *J Dent Hyg*. 2007; 81: 81.
- Zanata RL, Fernandes KB, Navarro PS. Prenatal dental care: evaluation of professional knowledge of

- obstetricians and dentists in the cities of Londrina/PR and Bauru/SP, Brazil, 2004. *J Appl Oral Sci.* 2008; 16: 194 - 200.
19. Duque A TM, Arbeláez C, García S. Conocimientos y actitudes sobre la posible asociación de la periodontitis como factor de riesgo de algunas enfermedades y condiciones médicas en una muestra de médicos en Medellín - Colombia. *Rev CES Odont.* 2011; 24: 29 - 36.
 20. Dean AG, Sullivan KM, Soe MM. *OpenEpi: Open Source Epidemiologic Statistics for Public Health.* 2013.
 21. Habashneh R, Aljubdi SH, Alwaeli HA. Survey of medical doctors' attitudes and knowledge of the association between oral health and pregnancy outcomes. *Int J Dent Hygiene.* 2008; 6: 214 - 220.
 22. Morgan MA, Crall J, Goldenberg RL, Schulkin J. Oral health during pregnancy. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2009; 22: 733 - 739.
 23. Excel 2007. Microsoft Corporation, United States. 2007.
 24. Info E. *Epi Info Software v 3.5.1.* 2008.
 25. Stata Statistical Software. Release 8.0. College Station, TX. Stata Corporation. 2009; United States.
 26. Pagano M, Gauvreau K. *Fundamentos de Bioestadística.* México: Thomson Learning; 2001.
 27. República de Colombia, Ministerio de Salud. Resolución 04830 de 4 de octubre de 1993.
 28. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Obligatorio de Salud (POS) [en línea] 2011 [fecha de acceso: diciembre de 2012] URL disponible en: <http://www.pos.gov.co/Paginas/Procedimientos-y-servicios.aspx>.
 29. Polyzos NP, Polyzos IP, Mauri D, Tzioras S, Tsappi M, Cortinovis I et al. Effecto of periodontal disease treatment during pregnancy on preterm birth incidence: a metaanalysis of randomized trials. *Am J Obstet Gynecol.* 2009; 2003: 225 - 232.
 30. Macones GA, Parry S, Nelson DB, Strauss JF, Ludmir J, Cohen AW et al. Treatment of localized periodontal disease in pregnancy does not reduce the occurrence of preterm birth: results from the Periodontal Infections and Prematurity Study (PIPS). *Am J Obstet Gynecol.* 2010; 202: e1 - e8.
 31. Suresh L, Radfar L. Pregnancy and lactation. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Radiol Endod.* 2004; 97: 672 - 682.
 32. Concha SC. La salud oral de las mujeres gestantes, sus repercusiones y los aspectos que influyen en su atención. *Ustasalud.* 2011; 10: 110 - 126.
 33. Kloetzel MK, Huebner CE, Milgrom P. Referrals for dental care during pregnancy. *J Midwifery Womens Health.* 2011; 56: 110 - 117.
 34. Cáceres-Manrique FM. El control prenatal: una reflexión urgente. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 2009; 60: 165 - 170.
 35. Saldarriaga OJ, Sánchez M, Avendaño L. Conocimientos y prácticas en salud bucal de las gestantes vinculadas al programa de control prenatal. Medellín 2003. *Rev CES Odont.* 2004; 17: 9 - 23.
 36. Menoli APV, Frossard WTG. Perfil de médicos ginecologistas/obstetras de Londrina com relação à saúde oral da gestante. *Semina.* 1997; 18: 34 - 42.
 37. Gonzaga HF, Buso L, Jorge MA, Gonzaga LH. Intrauterine dentistry: integrated model of prevention. *Braz Dent J.* 2001; 12: 139 - 142.
 38. Riveros CM, Rodríguez MJ. Programa preventivo en salud oral para controlar factores de riesgo asociados a caries dental y enfermedad periodontal en mujeres gestantes. *Ustasalud.* 2007; 6: 17 - 28.
 39. Paquette DW, Madianos PN, Offenbacher S, Beck JD, Williams RC. The concept of "risk" and the emerging discipline of periodontal medicine. *J. Contemp Dent Pract.* 1999; 15: 1 - 8.
 40. Wilder RS, Iacopino AM, Feldman CA, Guthmiller J, Linfante J, Lavigne S et al. Periodontal systemic disease education in U.S. and Canadian Dental Schools. *J Dent Educ.* 2009; 73: 38 - 52.